郵送用

# 2020年度 相談支援従事者専門コース別研修
# （障害児支援）受講申込書

法　人　名
代 表 者 名
（職名）

法人所在地　〒　　－

担 当 者 名
電 話 番 号　（　　）　　－

下記の者について、相談支援従事者専門コース別研修（障害児支援）を申し込みます。

記

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 性 別 | 生年月日（西暦） |
| 氏　　名 | | 男・女 | 19　　年　　月　　日生 |
| メールアドレス | | | |
| 申込対象者<br>(現在の職種)<br>該当する番号に○ | 1　現任の相談支援専門員<br>2　県・市町行政職員<br>3　特別支援教育コーディネーター（地域コーディネーター）<br>4　サービス管理責任者<br>5　児童発達支援管理責任者<br>6　その他（相談支援業務に関心がある者等） | | |
| 現所属事業所 | （住所）〒　　－<br>（事業所名）<br>（代表者 職名）<br>（電話番号）　　（FAX番号） | | |
| 受講料振込(予定)日 | ＿＿＿＿月　＿＿＿＿日 振込(予定) | | |
| 配慮すべき事項<br>※ ある場合記入 | ● 車いす ・ その他（　　）<br>● 研修に介助者が同席されますか（　同席する　・　同席しない　） | | |
| その他 | ● 氏名に含まれている旧字体ついて、パソコンの出力で注意が必要な場合<br>1 ある（具体的に　　）　2 ない | | |